



**University of
Zurich**^{UZH}

**Zurich Open Repository and
Archive**

University of Zurich
University Library
Strickhofstrasse 39
CH-8057 Zurich
www.zora.uzh.ch

Year: 2014

CME. Chronische Fatigue

Werner, Regine ; Meindl-Fridez, Claudine ; Zimmerli, Lukas

DOI: <https://doi.org/10.1024/1661-8157/a001611>

Other titles: CME. Chronic fatigue

Posted at the Zurich Open Repository and Archive, University of Zurich

ZORA URL: <https://doi.org/10.5167/uzh-102113>

Journal Article

Originally published at:

Werner, Regine; Meindl-Fridez, Claudine; Zimmerli, Lukas (2014). CME. Chronische Fatigue. Praxis, 103(6):305-313.

DOI: <https://doi.org/10.1024/1661-8157/a001611>

Chronic Fatigue

Müdigkeit (englisch: „*fatigue*“) ist eine universelle menschliche Erfahrung und meist als Reaktion auf einen Schlafmangel erklär- und behandelbar. Eine über längere Zeit anhaltende Müdigkeit kann ein pathophysiologisches Krankheitssymptom sein und sich bis hin zu einer Erschöpfung steigern, welche die Patienten zu einer Abklärung führt. Eine spezielle Herausforderung stellen im hausärztlichen Alltag diejenigen Fälle dar, bei denen entweder bereits mehrere Ärzte (im Sinne eines „*doctor shoppings*“) konsultiert wurden und keine die Beschwerden erklärenden Befunde gefunden werden konnten oder aber jene, bei denen keine klare Diagnose gestellt werden kann, obwohl ein pathologischer Befund vorliegt. Je länger die Fatigue anhält, umso zermürend kann die Situation für den Patienten und den behandelnden Arzt werden und die Arzt-Patienten-Beziehung stark strapaziert werden.

Im Artikel verwendete Abkürzungen

CFS = Chronic Fatigue Syndrom

ICF = Idiopathische Chronische Fatigue

CDC = Centers of Disease Control and Prevention

TSH = Thyreoidea-stimulierendes Hormon

CK = Kreatinkinase

CRP = C-reaktives Protein

ANA = Anti-nukleäre Antikörper

Patienten mit Fatigue beklagen eine ausgeprägte Müdigkeit, welche oftmals mit einer verminderten Belastbarkeit verbunden ist. Häufig wird auch über einen generellen Energieverlust bis hin zur völligen Erschöpfung berichtet, sodass geplante Aktivitäten abgebrochen werden respektive gar nicht mehr zu Stande kommen. An weiteren Beschwerden können kognitive Defizite wie Konzentrations- und Gedächtnisstörungen oder Schwierigkeiten auf emotionaler Ebene hinzutreten. An somatischen Begleiterscheinungen werden oft Kopf- und Muskelschmerzen genannt. Wenn die Beschwerden über längere Zeit andauern, entstehen Leistungseinbußen im privaten und beruflichen Alltag. Diese können wiederum zu sozialer Isolation mit weiteren Konsequenzen führen.

Fatigue kann zusammenfassend in 3 Komponenten eingeteilt werden: Leichte Ermüdbarkeit, generalisierte Schwäche und mentale Müdigkeit [1]. Klagt der Patient über Dyspnoe oder zeigt sich in der Untersuchung eine Somnolenz oder Muskelschwäche, so deuten diese Zeichen auf eine somatische Grunderkrankung hin und müssen weiter abgeklärt und von der Fatigue gesondert betrachtet werden.

Fatigue kommt in allen Bevölkerungsschichten vor, wobei Frauen häufiger betroffen sind als Männer. Die Ursache dafür wird im Rahmen eines menstruationsassoziierten Eisenmangels respektive aufgrund psychosozialer Faktoren interpretiert [2]. Die Prävalenz in der Gesamtbevölkerung liegt zwischen 4.3% und 13.4% [2].

In Umfragen bei Patienten der ärztlichen Grundversorgung mit Fatigue lässt sich diese in mindestens 2/3 der Fälle durch eine somatische oder psychiatrische Ursache erklären [2], wobei psychiatrische Erkrankungen mit 60-80% überwiegen. In einer prospektiven Untersuchung bei mehr als 400 Personen zeigten 74% zugrundeliegende psychiatrische Erkrankungen wie Depressionen, Panik- oder Somatisierungsstörungen [3]. Unklar ist jedoch, ob die Depression Ursache oder Folge der Fatigue ist.

In rund 1/3 aller Fälle kann keine psychiatrische oder somatische Ursache der Fatigue eruiert werden. Dann gilt es, das CFS vom ICF zu unterscheiden.

Ungeklärte und unbehandelte Fatigue birgt oft die Gefahr, dass sich Patienten nicht ernst genommen fühlen, was zu häufigen Arztwechseln und wiederholten laborchemischen sowie apparativen Untersuchungen führt. Als mögliche Komplikation der Müdigkeit sind eine erhöhte Unfallgefahr („Sekundenschlaf“) zu nennen. Es treten depressive Episoden auf, der Patient kann unter Umständen nicht mehr aktiv im Sozial- und Berufsleben teilnehmen mit konsekutivem Rückzug, sozialer Isolation bis hin zur Suizidalität.



Abklärungsstrategie und Differentialdiagnose

Zentral steht in der Abklärung der Fatigue eine ausführliche Anamnese [4]. Hierbei sollte auf eine offene Fragestellung geachtet werden. Der Patient soll die Möglichkeit erhalten, seine Beschwerden in eigenen Worten zu schildern. Dabei sollte ein besonderes Augenmerk auf die Müdigkeitscharakteristik, auf Hinweise einer zugrundeliegenden organischen Erkrankung (Systemanamnese) und auf die Medikamenteneinnahme gelegt werden. Zudem sollte ein Screening auf Substanzabusus und psychiatrische Erkrankungen erfolgen.

Im Falle einer somatischen Ursache schildern die Patienten typischerweise eine Zunahme der Symptome in Verbindung mit körperlicher Aktivität, sodass sie diese frühzeitig einschränken (oder sogar beenden) müssen, während bei einer nicht-organisch bedingten Fatigue die Beschwerden oftmals andauern, sich in Ruhephasen nicht bessern, aber während Belastung sich auch nicht unbedingt verstärken.

Die meisten Differentialdiagnosen lassen sich mittels gut strukturierter Anamnese und einer ganzheitlichen körperlichen Untersuchung demaskieren. Laboruntersuchungen sollten erfolgen, wenn die Fatigue >4 Wochen anhält. Sinnvoll sind Untersuchungen auf eine allfällige (Eisenmangel-) Anämie, Entzündung und Schilddrüsendysfunktion wie auch Leber- und Nierenfunktionsparameter. Die CK sollte bei Muskelschmerzen oder -schwäche bestimmt werden. Routinetests auf Infektionen (z.B. Epstein Barr Virus, Zytomegalievirus, Lyme Borreliose), Immundefizite (z.B. Immunglobulintests), entzündliche Erkrankungen (z.B. antinukleäre Antikörper, Rheumafaktoren) oder Antikörper auf Sprue werden *nicht* empfohlen.

Dyspnoe, Somnolenz und echte Muskelschwäche sollten aktiv erfragt respektive gesucht werden. Sie sind klar von der Fatigue abzugrenzen und deuten auf eine organische Erkrankung hin.

Tab. 1: Anamnese zur Müdigkeit

Beginn	<ul style="list-style-type: none"> • abrupt oder graduell • akut: <4 Wochen • anhaltend: >4 Wochen – 6 Monate • chronisch >6 Monate • in Zusammenhang mit einem Ereignis/Erkrankung
Genereller Verlauf	• Stabil, sich verbessernd oder verschlechternd
Dauer und Tagesverlauf	
Faktoren, welche die Symptome bessern oder verschlimmern	
Einfluss auf den Alltag	• Arbeitsfähigkeit, Sozialleben, Familienleben
Anpassungen seitens Patient/Familie, um der Fatigue Rechnung zu tragen	• Sekundärer Krankheitsgewinn

Tab 2: Differentialdiagnosen zur Fatigue anhand der Anamnese/körperlichen Untersuchung

Differentialdiagnose	Anamnese/körperliche Untersuchung
Psychiatrische Erkrankungen: <ul style="list-style-type: none"> • Depression • Angststörung • Somatisierungsstörung • Suchterkrankung • Essstörung 	Entsprechendes Screening gemäss Anamnese Schlafanamnese Im Status achten auf <ul style="list-style-type: none"> • psychomotorische Unruhe oder Verlangsamung • Ernährungszustand, Muskelmasse
Pharmakologisch:	Persönliche Anamnese: Vorerkrankungen mit Medikation (Antihypertensiva, Antidepressiva, Vitaminpräparate, pflanzliche Präparate, Sedativa)
Endokrin-metabolisch: <ul style="list-style-type: none"> • Schilddrüsendysfunktion • Diabetes mellitus • Hypophyseninsuffizienz • Nebenniereninsuffizienz • Chronische Niereninsuffizienz • Leberinsuffizienz 	<i>Anamnese:</i> Gewichtsverlauf, Schwitzen/Frieren, Unruhe, Palpitationen, Stuhlanamnese, Poly- oder Oligurie, Durst <i>Status:</i> Schilddrüsenpalpation: Knoten, Ophthalmologische Veränderungen, <i>Labor:</i> Elektrolyte, Transaminasen, Kreatinin, TSH, Glukose
Neoplastisch-hämatologisch:	<i>Anamnese:</i> Gewichtsverlust, Fieber, Nachtschweiss,

<ul style="list-style-type: none"> • okkultes Malignom • schwere Anämie 	Hämoptoe, Blutabgang ab ano, postmenopausale Blutungen, Lymphknotenschwellungen <i>Status:</i> Integument (blasse Konjunktiven), Lymphadenopathie, Herz-Lungen-Befund, abdominaler Befund, digital-rektale Untersuchung <i>Labor:</i> Differentialblutbild, Ferritin
Infektiös: <ul style="list-style-type: none"> • Endokarditis • Tuberkulose • Mononukleose • Hepatitis • Parasiten • HIV • Zytomegalie 	<i>Anamnese:</i> Umgebungsanamnese, zahnärztliche Eingriffe, intravenöser Drogenabusus, Sexualanamnese, Reiseanamnese <i>Status:</i> Fieber, Auskultation Herz und Lunge, Abdomenpalpation (Hepato- oder Splenomegalie), Lymphadenopathie <i>Labor:</i> nur bei entsprechender Anamnese/Status
Kardiopulmonal: <ul style="list-style-type: none"> • Herzinsuffizienz • COPD 	<i>Anamnese:</i> (Belastungs-) Dyspnoe oder Orthopnoe, pektanginöse Beschwerden, Ödeme, Nykturie, Nikotin <i>Status:</i> Auskultation Herz und Lunge, Herzinsuffizienzzeichen, Zyanose
Rheumatologische Erkrankungen	<i>Anamnese:</i> muskuläre Beschwerden, Gewichtsverlust <i>Status:</i> Muskeleigenreflexe, Muskelmasse, -kraft, -tonus <i>Labor:</i> Blutbild, Blutsenkung, bei Muskelschmerzen oder Muskelschwäche: CK
Idiopathisch (Ausschlussdiagnose): <ul style="list-style-type: none"> • ICF • CFS • (Fibromyalgie) 	Siehe Diagnosekriterien

Bei Auftreten von den unten genannten „red flags“ sollten weitere, zielgerichtete diagnostische Schritte folgen:

- Gewichtsverlust
- Lymphadenopathie
- Hinweise auf Malignität (z.B. Hämoptoe, Blutabgang ab ano, postmenopausale Blutung)
- Fokal neurologische Zeichen
- Hinweise auf rheumatologische Erkrankungen
- Hinweise auf kardio-pulmonale Erkrankungen, Schlafapnoe



Diagnosekriterien

Chronic Fatigue Syndrom: Revidierte CDC Kriterien nach [5]:

1. Klinisch evaluierte, nicht erklärbare, persistierende oder rezidivierende Fatigue, die neu ist bzw. zu einem definierten Zeitpunkt in Erscheinung getreten ist (also nicht lebenslang besteht), nicht Folge körperlicher Betätigung ist und keine Besserung in Ruhe zeigt; und in einer erheblichen Reduktion der bisherigen beruflichen, edukativen, sozialen oder persönlichen Belastbarkeit resultiert.

UND

2. Vier oder mehr der folgenden Symptome, die seit mindestens sechs aufeinanderfolgenden Monaten persistieren oder rezidivieren, welche nicht vor der Fatigue bestanden:
 - Selbst bemerkte Einschränkung des Kurzzeitgedächtnisses oder Konzentrationsschwierigkeiten
 - Halsschmerzen
 - schmerzende zervikale oder axilläre Lymphknoten
 - Muskelschmerzen
 - multiple Gelenkschmerzen ohne Rötung oder Schwellung
 - neuartige oder in Intensität veränderte Kopfschmerzen
 - nicht-erholsamer Schlaf
 - Unwohlsein (>24h) nach körperlicher Aktivität

Idiopathische chronische Fatigue:

- Klinisch evaluierte, nicht erklärbare, chronische Fatigue
- erfüllt nicht die obengenannten Kriterien für das CFS

Therapie und Prognose

Therapie

Lässt sich eine psychiatrische oder somatische Ursache finden, dann ist diese gezielt zu therapieren. Kann eine Grunderkrankung ausgeschlossen werden (34% aller Fälle), handelt es sich also entweder um ein ICF oder CFS (vgl. **Diagnosekriterien**).

Grundsätzlich gilt, dass das ICF und das CFS gleich behandelt werden. Im Vordergrund stehen dabei einerseits die kognitive Verhaltenstherapie und andererseits eine regelmässige körperliche Aktivität [7]. Zudem sollte auf eine adäquate Schlafhygiene geachtet werden. Unterstützend könnte auch eine medikamentöse antidepressive Therapie sein. Antidepressiva sollten den Patienten für eine begrenzte Zeitdauer angeboten werden, auch wenn nicht alle Kriterien einer Depression erfüllt sind [6].

Die Arzt-Patienten-Beziehung ist essentiell. Der Arzt soll auf die Beschwerden des Patienten eingehen und diese ernst nehmen. Der Patient soll Vertrauen gewinnen, ihm sollen stufenweise therapeutische Ziele gesetzt werden:

- Bewältigung des täglichen Lebens
- Wiedereingliederung in den Beruf
- Pflegen von interpersonellen Beziehungen
- Regelmässige körperliche Aktivität

Antidepressiva:

- Offerieren, insbesondere, wenn depressive Symptome vorhanden
- Nicht unkritisch verschreiben, nur auf bestimmte Zeit begrenzt

- Patienten über den verzögerten Wirkungseintritt informieren
- Absetzen falls keine Besserung innert 6-8 Wochen oder Exazerbation der Beschwerden

Kognitive Verhaltenstherapie:

- effektiv bei CFS und nützlich bei ICF
- jeweils genügend Zeit einplanen
- Komponenten:
 - Erklärungsmodell der chronischen Fatigue
 - Änderung von Überzeugung / Bewusstsein in Bezug auf Fatigue
 - Ziele festlegen in Bezug auf eine körperliche Aktivität
 - Erreichen persönlicher Ziele
 - Den Patienten unterstützen, Kontrolle über die Symptome zu gewinnen

Stufenweise Bewegungstherapie/körperliche Aktivität:

- basiert auf dem physiologischen Modell der Dekonditionierung
- Ziel ist eher die Abschwächung des Fokussierens auf die Symptome, als eine Verbesserung der Fitness [8]

Prognose

Sowohl beim CFS wie auch bei der ICF ist die Prognose eher ungünstig bezüglich einer vollständigen Remission zum prämorbidem Zustand.

Risikofaktoren für eine schlechte Prognose sind [9]:

- Alter
- Weitere chronische Erkrankungen
- Psychiatrische Komorbidität
- Feste Überzeugung, dass eine somatische Ursache für die Müdigkeit verantwortlich ist

In einer Studie wurden weitere Faktoren bei der Erstkonsultation für eine schlechte Prognose gefunden [10]:

- Mehr als acht medizinisch nicht erklärbare somatische Symptome (ausser Kriterien für das CFS)
- Positive Persönliche Anamnese einer dysthymen Störung
- Chronische Müdigkeit seit mehr als 1.5 Jahren
- Weniger als 16 Jahre formale Bildung
- Alter >38 Jahre bei Erstvorstellung

Andere Faktoren in Korrelation mit schlechtem Outcome [7]:

- Mitglied in einer Selbsthilfegruppe
- Sekundärer Krankheitsgewinn

Fallbericht zu chronischer Müdigkeit

 Anamnese der Patientin	Weg zur Diagnose/Kommentar																																				
Eine 40-jährige Patientin stellt sich in der Medizinischen Poliklinik vor zur Weiterabklärung eines seit 14 Jahren bestehenden, progredienten Erschöpfungszustandes. Sie hat das Gefühl, dass ihr Körper die mittels Nahrung zugeführte Energie nicht verwerten könne. Zudem klagt sie über Konzentrationsstörungen und belastungsunabhängige Atemnot. Des Weiteren leide sie unter häufigen okzipitalen Kopfschmerzen. Aufgrund der Beschwerden sah sie sich 8 Jahre zuvor gezwungen, ihr Geschäft aufzugeben und auch im Haushalt benötigt sie Unterstützung durch den Ehemann und eine Haushaltshilfe. In der Vorgeschichte hat sie bereits an diversen Institutionen abklären lassen: Koloskopie und Gastroskopie (beides unauffällig), MRT Herz (ebenfalls bland), zudem Abklärungen in einer Klinik für Ganzheitliche Medizin mit Diagnose einer Amalgam-Vergiftung und Histaminintoleranz. Trotz Entfernen der Amalgam-Füllungen und histaminfreier Kost bestehen die Beschwerden weiter. Sie liess sich in einem spezialisierten Labor ein Mikronährstoffprofil anfertigen und nimmt seitdem eine speziell auf sie zugeschnittene Nährstoffrezeptur ein.	Anamnestisch zeigt sich das typische Bild einer chronischen Fatigue (generalisierte Schwäche mit Erschöpfung und Energielosigkeit, des Weiteren kognitive Einschränkungen, die zur Invalidisierung im Beruf und Alltag geführt haben) mit somatischen Beschwerden wie Kopfschmerzen und belastungsunabhängiger Dyspnoe. Oft konsultieren die Patienten neben verschiedenen Ärzten auch alternativmedizinische Institutionen. Meist erhalten sie Diagnosen, welche nicht der klassischen Schulmedizin entsprechen. Dies stellt den nächstbetreuenden Arzt vor eine grosse Herausforderung, da die Erwartungshaltung hoch ist.																																				
 Befunde der Patientin	Weg zur Diagnose/Kommentar																																				
Status 40-jährige Patientin in gutem Allgemeinzustand, schlankem Ernährungszustand, Gewicht 54kg, Grösse 170cm, BMI 18.7kg/m ² . BD 110/80mmHg, Puls 75/min. Kardiopulmonal: Reine Herztöne, keine Geräusche, keine peripheren Ödeme. Periphere Pulse seitengleich gut palpabel. Über allen Lungenfeldern vesikuläres Atemgeräusch, keine Rasselgeräusche. Abdomen: normale Darmgeräusche, Leber und Milz nicht palpabel. Neurologie: Hirnnervenstatus unauffällig, seitengleiche Muskeleigenreflexe, Muskeltonus und Kraft normal.	Der Status ist unauffällig.																																				
Aktuelle Therapie Burgerstein B-Komplex HCK-Granulat (Aminosäuren, Mineralstoffe)	Üblicherweise suchen die Patienten bei chronischer Fatigue selbst nach deren Ursache und leiten häufig eine Therapie mit Vitamin- oder Alternativpräparaten ein.																																				
Psychiatrische Screenings Keine Hinweise auf Suchterkrankung oder Essstörung. Negatives Screening auf Angst- und depressive Störung.	Laborchemisch wie auch bildgebend unauffällige Befunde. Es lagen zum Zeitpunkt der erstmaligen Konsultation bereits diverse																																				
Routinelabor <table><tr><td>Natrium</td><td>139</td><td>mmol/l</td><td>(Norm 136-145 mmol/l)</td></tr><tr><td>Kalium</td><td>3.9</td><td>mmol/l</td><td>(Norm 3.3-4.5 mmol/l)</td></tr><tr><td>CRP</td><td>1.1</td><td>mg/l</td><td>(Norm <5 mg/l)</td></tr><tr><td>Ferritin</td><td>125</td><td>µg/l</td><td>(Norm 13-150 µg/l)</td></tr><tr><td>TSH</td><td>1.88</td><td>mU/l</td><td>(Norm 0.16-4.25 mU/l)</td></tr><tr><td>Kreatinin</td><td>60</td><td>µmol/l</td><td>(Norm 44-80 µmol/l)</td></tr><tr><td>AST</td><td>22</td><td>U/l</td><td>(Norm <35 U/l)</td></tr><tr><td>Hämoglobin</td><td>133</td><td>g/l</td><td>(Norm 117-153 g/l)</td></tr><tr><td>Leukozyten</td><td>4.95</td><td>G/l</td><td>(Norm 3.0-9.6 G/l)</td></tr></table>	Natrium	139	mmol/l	(Norm 136-145 mmol/l)	Kalium	3.9	mmol/l	(Norm 3.3-4.5 mmol/l)	CRP	1.1	mg/l	(Norm <5 mg/l)	Ferritin	125	µg/l	(Norm 13-150 µg/l)	TSH	1.88	mU/l	(Norm 0.16-4.25 mU/l)	Kreatinin	60	µmol/l	(Norm 44-80 µmol/l)	AST	22	U/l	(Norm <35 U/l)	Hämoglobin	133	g/l	(Norm 117-153 g/l)	Leukozyten	4.95	G/l	(Norm 3.0-9.6 G/l)	Untersuchungsergebnisse vor (inkl. Vitaminen B1, B6, B12, D3, Folsäure und Zink, Renin und Aldosteron. Herz-MRT, Gastro- und Koloskopie)
Natrium	139	mmol/l	(Norm 136-145 mmol/l)																																		
Kalium	3.9	mmol/l	(Norm 3.3-4.5 mmol/l)																																		
CRP	1.1	mg/l	(Norm <5 mg/l)																																		
Ferritin	125	µg/l	(Norm 13-150 µg/l)																																		
TSH	1.88	mU/l	(Norm 0.16-4.25 mU/l)																																		
Kreatinin	60	µmol/l	(Norm 44-80 µmol/l)																																		
AST	22	U/l	(Norm <35 U/l)																																		
Hämoglobin	133	g/l	(Norm 117-153 g/l)																																		
Leukozyten	4.95	G/l	(Norm 3.0-9.6 G/l)																																		
Weitere Befunde Immunfixation: unauffällig	Zusammenfassend: Keine Hinweise für eine pharmakologische, infektiöse, rheumatologische, endokrin-metabolische, neoplastische oder kardiopulmonale Genese der Beschwerden. Zudem kann eine psychiatrische Störung ausgeschlossen werden. Die Kriterien für ein CFS sind nicht erfüllt, so dass die Diagnose einer ICF gestellt werden muss.																																				

Abdomensonographie: unauffällig.
Gastro- und Kolonoskopie (extern): keine Hinweise auf Malignom.
MRI Herz (extern): Normal dimensionierter linker und rechter Ventrikel mit normaler systolischer Funktion. Keine Ischämie, keine Myokardnarbe. Kein Hinweis auf kardiale Hämochromatose



Therapie der Patientin

Beginn einer kognitiven Verhaltenstherapie in Verbindung mit regelmässiger körperlichen Aktivität als ersten Schritt. Im weiteren Verlauf soll die Indikation einer zeitlich limitierten antidepressiven Therapie evaluiert werden. Insgesamt scheint die Langzeitprognose eher ungünstig (vgl. **Risikofaktoren/Prognose**)

Fragen zu Chronic Fatigue

Frage 1

Zur primären Diagnostik bei Fatigue, die über 4 Wochen anhält, gehören folgende laborchemische Untersuchungen

- a) Blutbild, CRP, Ferritin, TSH, Kreatinin
- b) Sprue-Ak, CRP, Ferritin, TSH
- c) ANA, RF, CRP, Blutbild
- d) Borrelitentiter, CRP, Kreatinin, Blutbild
- e) EBV-Titer, CRP, Blutbild, TSH

Frage 2

1. Man sollte bei jeder Abklärung einer Fatigue die CMV-Serologie abnehmen, weil
2. Die CMV die häufigste Ursache für Fatigue ist.

- a) alles ist richtig
- b) 1 ist richtig, 2 ist falsch
- c) 1 ist falsch, 2 ist richtig
- d) alles ist falsch
- e) 1 ist richtig, 2 ist richtig, Verknüpfung ist falsch

Frage 3

Folgende Kriterien sprechen für ein Chronic Fatigue Syndrom. (Mehrfachauswahl)

- a) Klinisch evaluierte, nicht erklärbare, persistierende oder rezidivierende Fatigue.
- b) Die Fatigue ist nicht Folge körperlicher Betätigung ist und zeigt keine Besserung in Ruhe.
- c) Gewichtsverlust.
- d) Unwohlsein (>24h) nach körperlicher Aktivität.
- e) Lymphadenopathie.

Frage 4

1. Dyspnoe, Somnolenz und echte Muskelschwäche sollten stets aktiv erfragt bzw. untersucht werden, weil
2. Dyspnoe, Somnolenz und echte Muskelschwäche auf eine organische Erkrankung hindeuten.

- a) alles ist richtig
- b) 1 ist richtig, 2 ist falsch
- c) 1 ist falsch, 2 ist richtig
- d) alles ist falsch
- e) 1 ist richtig, 2 ist richtig, Verknüpfung ist falsch

Frage 5

Zur Therapie eines CSF gehören immer: (Mehrfachauswahl)

- a) Antidepressiva
- b) kognitive Verhaltenstherapie
- c) Selbsthilfegruppe
- d) NSAR
- e) stufenweise Bewegungstherapie

Lösungen zu Chronic Fatigue-Fragen

Antwort 1

Richtige Antwort: A

Aus Kohortenstudien und randomisierten Studien besteht eine gute Evidenz zur Bestimmung von Blutbild, CRP, Ferritin und TSH. Sprue-Antikörper, ANA oder spezifische Serologien sollten gezielt bei entsprechender Verdachtsdiagnose bestimmt werden, nicht jedoch in der primären Diagnostik.

Antwort 2

Richtige Antwort: D

CMV-Serologien sollten nicht in der Primärdiagnostik angewandt werden sondern nur bei spezifischen Verdacht aufgrund von Anamnese und Klinik. Es bestehen Hinweise, dass Patienten mit Chronic Fatigue höhere Antikörpertiter gegen CMV haben; deren Relevanz ist jedoch nicht bekannt.

Antwort 3

Richtige Antworten: A, B und D

Gewichtsverlust und Lymphadenopathie gehören nicht zu den revidierten CDC-Kriterien für das CFS. Gewichtsverlust und Lymphadenopathie sind Alarmsymptome und bedürfen weiterer, zielgerichteter diagnostischer Schritte.

Antwort 4

Richtige Antwort: A

Dyspnoe, Somnolenz und Muskelschwäche gehören nicht zu den revidierten CDC-Kriterien für das CFS. Diese weisen auf eine zugrundeliegende organische Erkrankung hin und bedürfen entsprechend weiterer Abklärung.

Antwort 5

Richtige Antworten: B und E

Beim CFS wurden verschiedene Therapien versucht und beschrieben. Einzig die Kognitive Verhaltenstherapie und die stufenweise Bewegungstherapie zeigten einen bedeutsamen Nutzen. Wenn depressive Symptome vorhanden sind, kann eine medikamentöse antidepressive Therapie versucht werden, wobei die Therapie auf eine bestimmte Zeit begrenzt werden sollte und die Patienten über den verzögerten Wirkungseintritt zu informieren sind. NSAR haben keinen Stellenwert in der Behandlung des CFS. Teilnahme in Selbsthilfegruppen waren mit schlechterem Outcome vergesellschaftet.

Autoren

Klinik und Poliklinik für Innere Medizin, Universitätsspital Zürich
Dr. med. Regine Werner, Dr. med. Claudine Meindl-Fridez, Dr. med. Lukas Zimmerli

Korrespondenzadresse

Dr. med. Claudine Meindl-Fridez
Klinik und Poliklinik für Innere Medizin
Universitätsspital Zürich
Rämistrasse 100
8091 Zürich

claudine.meindl-fridez@usz.ch

Bibliographie

1. Markowitz AJ et al. Palliative management of fatigue at the close of life: "it feels like my body is just worn out". JAMA 2007; 298(2):217.
2. Assessment of fatigue, BestPractice. BMJ Group, 2012; <http://bestpractice.bmj.com/best-practice/monograph/571.html>
3. Manu P et al. Chronic fatigue and chronic fatigue syndrome: clinical epidemiology and aetiological classification. Ciba Found Symp 1993;173:23.
4. DEGAM-Leitlinie Nr. 2: Müdigkeit – Update 2011. Deutsche Gesellschaft für Allgemein- und Familienmedizin 2011; <http://leitlinien.degam.de/index.php?id=72>
5. Fukuda K et al. The Chronic Fatigue Syndrome: A Comprehensive Approach to Its Definition and Study. Ann Intern Med 1994; 121:953-959.
6. O'Malley PG et al. Antidepressant therapy for unexplained symptoms and symptom syndromes. J Fam Pract 1999; 48:980-990.
7. Prins JB et al. Chronic fatigue syndrome. The Lancet 2006; Vol.367:346-355.
8. Moss-Morris R et al. A Randomized Controlled Graded Exercise Trial for Chronic Fatigue Syndrome: Outcomes and Mechanisms of Change. J Health Psychol 2005; 10:245-259.
9. Joyce J et al. The prognosis of chronic fatigue and chronic fatigue syndrome: a systematic review. QJM 1997; 90:223-233.
10. Clark MR et al. Chronic fatigue: risk factors for symptom persistence in a 2 ½-year follow-up study. Am J Med 1995; 98:187-195.

